

DEMANDE D'INDEMNITÉ POUR LES VICTIMES DU VERMONT

Nous comprenons qu'il s'agit d'une période difficile pour vous. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, appelez le Programme d'indemnisation des victimes aux numéros indiqués ci-dessous. Vous pouvez également visiter notre site Internet pour plus d'informations.

Le Programme d'indemnisation des victimes fournit une aide financière limitée aux victimes d'actes criminels ayant subi une perte financière résultant directement de ces actes, à condition que la perte ne soit pas remboursable par d'autres sources, comme une assurance.

Programme d'indemnisation des victimes

58 South Main Street, Suite One

Waterbury, Vermont 05676-1599

1-800-750-1213 (voix – uniquement Vermont)

1-802-241-1250 (voix)

1-802-241-1253 (télécopie)

www.ccvs.vermont.gov



Conservez cette page pour vos archives.

Conditions d'éligibilité

- Le crime a été signalé à un agent des forces de l'ordre, qui doit conclure qu'un crime a été commis.
- La victime a subi des blessures physiques ou un préjudice moral comme conséquence directe d'un crime.
- Le crime a été commis au Vermont ou contre un résident du Vermont dans un pays ne disposant pas de programme d'indemnisation.
- Le crime a été commis après le 1^{er} juillet 1987.
- La victime n'a pas enfreint une loi pénale de cet État qui a provoqué ses blessures ou sa mort, ou y a contribué.
- Les membres de la famille d'une victime d'un homicide sont également éligibles.

Le cas échéant, des fonds sont disponibles pour payer les dépenses suivantes, à condition qu'elles n'aient pas déjà été payées par d'autres sources :

- Soins médicaux et dentaires
- Sessions de thérapie pour les victimes et les membres de la famille
- Frais funéraires
- Pertes de salaire en raison d'absence au travail
- Autres dépenses, comme des ordonnances, des lunettes et des frais de transport limités
- Si le décès survient à la suite du crime, les personnes à charge peuvent recevoir des frais de subsistance temporaires
- Aide à la réinstallation limitée
- Soins/blessures/décès d'un animal domestique

Les pertes de biens ne sont généralement pas couvertes.

Instructions relatives à la demande

Vous devez remplir l'ensemble de cette demande. Veuillez vous assurer de :

1. signer et dater la section « Autorisation de collecte d'informations » de la demande. Vous pouvez fournir une autre date d'expiration si vous le souhaitez ;
2. signer et dater la section « Remboursement, dédommagement et subrogation » de la demande ;
3. signer et dater après la « déclaration de certification » ;
4. coller ou agraffer tous les côtés de la demande pour la sceller avant l'envoi.

Si vous préférez nous envoyer votre demande par la poste dans une enveloppe séparée et si vous n'avez pas de timbre, veuillez contacter le Programme d'indemnisation des victimes et nous vous enverrons une enveloppe affranchie pour poster votre demande et/ou vos factures.

Si vous recevez d'autres factures liées à un crime à l'avenir, veuillez nous les envoyer à l'adresse figurant sur la première page de cette demande.

Conservez cette page pour vos archives.

I. Renseignements sur la victime

Nom de la victime : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____

État : _____ Code postal : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone du travail : _____

Téléphone portable : _____ Adresse e-mail : _____

Si vous ne souhaitez pas que nous vous contactions à l'adresse ci-dessus, veuillez indiquer une autre adresse postale et un autre numéro de téléphone :

Si la victime est mineur(e) :

Nom du parent ou du tuteur légal :

Date de naissance du parent/tuteur : _____

Téléphone du domicile : _____ Téléphone professionnel : _____

Téléphone portable : _____ Adresse e-mail : _____

Si l'adresse est différente de celle de la victime :

Si la victime est sous la garde du DCF (Dept. of Children & Families), nom de l'assistant(e) social(e) :

Si la victime est décédé(e) :

Nom de la personne survivante : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____

État : _____ Code postal : _____

Téléphone du domicile : _____ Téléphone professionnel : _____

Téléphone portable : _____ Adresse e-mail : _____

Date de naissance du parent/tuteur : _____

Relation avec la victime : _____

II. Renseignements sur l'acte criminel

Veuillez indiquer autant d'informations que possible. Si vous ne disposez pas de ces informations, laissez l'espace vide et nous essaierons d'obtenir les documents auprès de la police ou de votre défenseur des droits des victimes.

Date du crime : _____ Date de signalement : _____

Nom(s) des suspect(s) : _____

Date de naissance des suspect(s) : _____

Ville où le crime a eu lieu : _____

Département de police de signalement : _____

Nom de l'officier de police : _____

Numéro d'incident : _____

Type de crime : (cochez tout ce qui s'applique)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incendie volontaire | <input type="checkbox"/> Voie de fait | <input type="checkbox"/> Cambriolage |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance/négligence physique des enfants | | |
| <input type="checkbox"/> Pédopornographie | <input type="checkbox"/> Abus sexuel sur mineur | |
| <input type="checkbox"/> Violence familiale | | |
| <input type="checkbox"/> DUI (Conduite sous l'influence l'emprise de l'alcool ou d'une autre substance) | | |
| <input type="checkbox"/> Fraude/crimes financiers | <input type="checkbox"/> Homicide | <input type="checkbox"/> Traite d'humains |
| <input type="checkbox"/> Enlèvement | <input type="checkbox"/> Autres crimes au volant | <input type="checkbox"/> Vol |
| <input type="checkbox"/> Agression sexuelle | <input type="checkbox"/> Harcèlement | <input type="checkbox"/> Terrorisme |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |

Êtes-vous représenté(e) par un avocat privé dans le cadre d'un procès civil ou d'une action auprès d'une assurance concernant ce crime ? Oui Non

Nom de l'avocat : _____

E-mail : _____ Téléphone : _____

III. Demandes d'indemnisation

Veuillez indiquer autant d'informations que possible. Si vous ne disposez pas de ces informations, laissez l'espace vide.

Je demande une indemnisation pour les pertes suivantes liées à l'acte criminel :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Garde d'enfant | <input type="checkbox"/> Lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires ou tout appareil prothétique volé, perdu ou détruit pendant le crime |
| <input type="checkbox"/> Thérapie | |
| <input type="checkbox"/> Nettoyage de scène de crime | |
| <input type="checkbox"/> Soins dentaires | |

- Frais funéraires
- Perte d'assistance
- Perte de salaire (absence au travail)
- Soins médicaux
- Distance parcourue/essence
- Paiement des factures pour les animaux de compagnie blessés ou tués pendant le crime

- Pension pour animaux
- Loyer/déménagement
- Sécurité/sûreté
- Frais de subsistance temporaires
- Frais de déplacement/frais de transport
- Autre : _____

➔ Veuillez envoyer au Programme d'indemnisation des victimes toutes les factures liées au crime que vous recevez. Veuillez indiquer ci-dessous le nom et le numéro de téléphone du(des) prestataire(s) que vous consultez pour un traitement lié à un crime :

Dentiste : _____ Téléphone : _____
 Docteur : _____ Téléphone : _____
 Hôpital : _____ Téléphone : _____
 Thérapeute : _____ Téléphone : _____
 Funérarium : _____ Téléphone : _____

Renseignements concernant l'assurance

La victime a-t-elle une assurance maladie ? Oui Non

Si oui, nom de la compagnie d'assurance :

- Medicaid Medicare MVP Blue Cross/Blue Shield Cigna

Autre : _____ Numéro d'identifiant d'assurance : _____

Le parent, le tuteur ou le survivant a-t-il une assurance maladie ? Oui Non

Si oui, nom de la compagnie d'assurance :

- Medicaid Medicare MVP Blue Cross/Blue Shield Cigna

Autre : _____ Numéro d'identifiant d'assurance : _____

Nom de l'employeur : _____

Adresse : _____

Ville: _____ État : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ E-mail de l'employeur : _____

Nom de la personne de contact au travail : _____

En raison du crime, j'ai été absent(e) au travail aux dates suivantes :

Date(s) d'absence :

Motif :

1. _____

1. _____

2. _____

2. _____

3. _____

3. _____

4. _____

4. _____

VEUILLEZ NOTER : SI VOUS DEMANDEZ UNE INDEMNISATION POUR LA PERTE DE SALAIRE (TEMPS D'ABSENCE AU TRAVAIL), NOUS CONTACTERONS VOTRE EMPLOYEUR.

Avez-vous été payé(e) durant votre absence au travail ? Oui Non

➔ Si vous vous absentez du travail à l'avenir pour des raisons liées au crime, veuillez nous contacter et nous fournir les dates supplémentaires.

IV. Informations optionnelles

Où avez-vous entendu parler du Programme d'indemnisation des victimes ?

- Thérapeute
- Department of Children and Families
- Défenseur des droits des victimes
- Hôpital
- Police
- Télévision
- Internet
- Radio
- Organisation pour les personnes handicapées
- Autres (veuillez préciser) _____

Les informations suivantes sont facultatives et requises pour se conformer à la réglementation fédérale. Elles sont uniquement destinées à des fins statistiques.

Race/origine ethnique : (autodéclarée)

- Amérindien ou natif de l'Alaska
- Asiatique
- Noir ou afro-américain
- Hispanique ou Latino
- Hawaïen indigène ou autre insulaire du Pacifique
- Blanc-non-latino ou caucasien
- Autre race
- Races multiples

Sexe : (autodéclaré) Masculin Féminin Identité personnelle : _____

Afin de mieux vous aider, avez-vous besoin de mesures d'adaptation pour l'une des situations suivantes :

(Facultatif)

- Handicap visuel
- Sourd(e) ou malentendant(e)
- Handicap physique
- Diagnostique de santé mentale
- Déficience intellectuelle

Veillez identifier le handicap s'il ne figure pas dans la liste ci-dessus : _____

Veillez nous indiquer l'/les adaptation(s) que vous souhaitez que nous vous fournissions :

- Interprétation en Langue des Signes Américaine Interprétation en langue étrangère
- Documentation en gros caractères

Aide à la communication (veuillez préciser) : _____

Autres (veuillez préciser) : _____

Chaque comté dispose d'un défenseur des droits des victimes au bureau du procureur de l'État. Nous vous encourageons à appeler votre défenseur pour toute question que vous pourriez avoir sur le processus judiciaire. Pour savoir comment contacter votre défenseur, appelez le Programme d'indemnisation des victimes au

1-800-750-1213 (voix – uniquement Vermont)

1-802-241-1250 (voix)

Continuer à la page suivante

Vous devez signer et dater aux trois (3) endroits suivants pour être éligible à l'indemnisation des victimes.

AUTORISATION DE COLLECTE D'INFORMATIONS

Par la présente, j'autorise volontairement, conformément à la réglementation sur la protection de la vie privée en vertu de la HIPAA (loi sur la portabilité et la responsabilité de l'assurance maladie, 42USC § 132d et suivants) tout hôpital, clinique, médecin, fournisseur de soins de santé ou autre personne ayant assisté ou examiné la victime nommée ci-dessous ; tout directeur de funérarium, compagnie d'assurance, conseiller, avocat ou autre personne ayant rendu des services connexes ; tout employeur de la victime ou du demandeur ; tout corps de police ou agence gouvernementale, y compris les services fiscaux des États ou fédéraux ; ou toute organisation ayant des connaissances pertinentes, à fournir au programme d'indemnisation des victimes du Vermont toutes les informations en leur possession concernant l'incident à l'origine de cette réclamation. Une photocopie de cette autorisation est aussi efficace et valide que l'original, sauf disposition contraire de la loi. Toute autre divulgation de ces informations est interdite. Je comprends que cette autorisation expirera un an après la date indiquée ci-dessous, sauf indication contraire de ma part.

Je comprends en outre que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en prévenant le Programme d'indemnisation des victimes par écrit, sauf si celle-ci a déjà été invoquée.

Date d'expiration alternative si vous le souhaitez : _____

Nom de la victime : _____ Date de naissance : _____

Signature de la victime ou de la personne survivante : _____ Date : _____

Signature du parent ou tuteur, si la personne a moins de 18 ans : _____

Date : _____

ACCORD DE REMBOURSEMENT, DE DÉDOMMAGEMENT ET DE SUBROGATION

Je comprends, en mon propre nom, ou en tant que cessionnaire, héritier ou personne à charge, que la loi du Vermont m'oblige à contacter et à rembourser le Programme d'indemnisation des victimes si je reçois des paiements de la part du délinquant, d'une action civile ou d'une compagnie d'assurance, et que le programme d'indemnisation des victimes a un privilège sur les sommes que je pourrais recouvrer à la suite de ce crime. Je comprends également que je dois informer le programme si j'engage un avocat pour me représenter dans toute action liée à ce crime. Je comprends que ma signature indique que je suis d'accord avec toutes les déclarations spécifiées dans cet accord.

Nom de la victime : _____ Date de naissance : _____

Signature de la victime ou de la personne survivante : _____ Date : _____

Signature du parent ou tuteur, si la personne a moins de 18 ans : _____

Date : _____

CERTIFICATION

Je certifie que les informations contenues dans cette demande sont exactes et correctes à ma connaissance.

Signature de la victime ou de la personne survivante : _____ Date : _____

Signature du parent ou tuteur, si la personne a moins de 18 ans : _____

Date : _____